**福祉用具貸与（軽度者）確認書**

　　　　年　　月　　日

　下記の利用者について、医師の意見書（医学的な所見）に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議開催等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

　居宅介護（介護予防）事業所名

　担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 被保険者番号 | | |  |
| 住所 |  | | | | |
| 要介護度 | □　要支援１　　　　□　要支援２　　　　□　要介護１ | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 福祉用具の種類 | □ 車いす　　□ 車いす付属品　　□ 特殊寝台　　□ 特殊寝台付属品  □ 床ずれ防止用具　　□ 体位変換器　　□ 認知症老人徘徊感知機器  □ 移動用リフト（つり具の部分を除く）　　□ 自動排泄処理装置 | | | | | |
| 貸与予定日 | 年　　　月　　　日より　貸与開始予定 | | | | | |
| 福祉用具貸与  事業所名 |  | | 連絡先 | ℡ | | |

【利用者の状態】裏面の“表”に該当する項目について確認する事

|  |  |
| --- | --- |
| 調　査　日 | 年　　　月　　　日 |
| 調査の結果 |  |

**１．老企第３６号 第２の９(2) ①イに該当の場合　記入**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主治の医師から得た情報 | **別紙にて記載**（厚生労働大臣が定める者のイに該当するかどうかを確認する事） | | |
| 医療機関名 |  | 医師氏名 |  |

**２．老企第３６号 第２の９(2) ①ウに該当の場合　記入**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医学的所見の確認書類に基づき、被保険者の状態像にチェック | □（ⅰ）疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に  利用者等告示第三十一号のイに該当する者  **※傷病名、具体的な症状を確認する事** | | | |
| □（ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに利用者等告示第三十一号のイ  に該当するに至ることが確実に見込まれる者  **※傷病名、見込まれる状態を確認する事** | | | |
| □（ⅲ）疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から  利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者  **※傷病名、想定される身体への危険性や症状の重篤化を確認する事** | | | |
| 上記の  確認方法 （別紙資料を添付） | □　①主治医意見書による確認 | | | |
| □　②医師の診断書等による確認 | | | |
| □　③担当介護支援専門員が医師からの聴き取りによる確認 | | | |
| 医療機関名 | |  | 医師氏名 |  |

※重篤・・・病状が非常に重いこと

添付資料

①「主治医より得た情報」又は「医学的な所見の確認書類」　②サービス担当者会議の記録（写）

③ケアプラン（写）１～３表　④居宅介護支援経過記録　⑤アセスメント表　⑥利用者基本情報（要支援1・2の方のみ）